



Publication préparée  
par les économistes de l'IRES  
et de l'UCL

Avril 2003 • Numéro 9

## Notre système de santé est à la croisée des chemins

*Notre système de santé  
- que beaucoup nous envient -  
est aujourd'hui en danger :  
comment le réformer  
pour améliorer son efficacité ?*

Au cours des dernières années, les dépenses de santé ont augmenté dans notre pays à un rythme très élevé, et le financement d'une partie de cet accroissement a été reporté sur les patients. L'accès équitable aux soins de santé et la légitimité de l'assurance obligatoire ne pourront être préservés que si des réformes qui améliorent l'efficacité de notre système de santé de manière significative sont rapidement entreprises.

La maîtrise des dépenses de santé sera un enjeu important à l'agenda du futur gouvernement. Ce numéro de Regards Economiques passe en revue les principaux problèmes que rencontre aujourd'hui notre système de santé et les défis auxquels il doit faire face. Des propositions de réformes y sont présentées : leur objectif est de rendre les patients et les professionnels de la santé davantage conscients des coûts que leurs décisions entraînent pour l'assurance maladie obligatoire.

### **1. Des dépenses en forte hausse menacent l'accès équitable aux soins de santé**

Notre système de santé suscite l'envie de beaucoup de pays étrangers. Il y a de fort bonnes raisons à cela. Les études internationales montrent, en effet, que l'accès aux soins de santé pour les différentes catégories de population y est un des plus équitables au monde. Contrairement à beaucoup de pays européens, nous ne souffrons pas de listes d'attente pour certains traitements. Et la qualité des soins dans notre pays est reconnue comme tout à fait satisfaisante. Ces raisons expliquent que dans les études d'opinion, nos concitoyens sont globalement très satisfaits de leur système de santé, contrairement à ce qui est observé dans d'autres pays.

Ce bilan positif ne doit cependant pas occulter le fait que l'évolution récente de certains indicateurs montre une image moins favorable. En particulier, les dépenses de santé ont connu ces dernières années une hausse considérable dans notre pays. Dans tous les pays industrialisés, ces dépenses augmentent en termes réels et souvent plus rapidement que le PIB : ce n'est donc pas propre à la Belgique. Cela s'explique principalement par le vieillissement de la population, par l'évo-

**... Des dépenses en forte hausse...**

lution des techniques médicales, par les attentes et exigences de la population désireuse d'avoir accès rapidement aux nouveaux traitements et, aussi, par le désir compréhensible des travailleurs de la santé de voir leurs rémunérations augmenter au même rythme que dans le reste de l'économie (alors que les gains de productivité sont moindres dans les secteurs des services). Cependant, les dépenses totales de santé (assurance obligatoire et diverses interventions des patients) ont augmenté dans notre pays plus rapidement que dans des pays comparables. Une évolution récente ne trompe pas : suivant l'OCDE, en se basant sur le rapport de ces dépenses au PIB, la Belgique se situait au 11ème rang des pays de l'UE en 1980 et au 9ème rang en 1990. Mais aujourd'hui, elle occupe le 3ème rang après l'Allemagne et la France - qui, il est vrai, sont avec la Belgique les seuls pays de l'UE où des files d'attente ne sont pas apparues.

Une autre tendance est elle aussi préoccupante. Devant l'impossibilité d'augmenter, pour des raisons de compétitivité des entreprises, les taux de cotisations sociales (qui ont au contraire diminué) et pour ménager les finances publiques, les tickets modérateurs<sup>1</sup> à charge des patients ont augmenté de manière significative depuis une dizaine d'années : ils ont en principe pour objectifs d'éviter la surconsommation pour les soins présentant une élasticité (sensibilité) au prix de leur demande et de responsabiliser les patients, mais l'équité dans l'accès aux soins est sérieusement menacée lorsqu'ils deviennent trop élevés. Pour faire face à cette menace, le maximum à facturer (qui a succédé aux franchises sociale et fiscale) a été introduit<sup>2</sup>. Un plafond -modulé suivant les revenus du ménage- est ainsi mis sur le montant annuel des tickets modérateurs qu'un ménage doit prendre en charge (l'excédent lui étant remboursé). D'autres interventions personnelles des patients sont également en augmentation continue : déremboursement de médicaments et autres fournitures, suppléments d'honoraires ou d'hospitalisation ... Comme déjà indiqué, cette tendance à déplacer vers le patient certaines dépenses<sup>3</sup> met en cause l'accès équitable aux soins de santé. Si l'on poursuivait dans cette direction, des assurances complémentaires privées permettant de couvrir ces interventions se développeraient pour ceux qui ont des revenus suffisants pour payer les primes (souvent par l'entremise de leurs entreprises). La légitimité de l'assurance maladie obligatoire s'en trouverait menacée, particulièrement auprès des ménages aux revenus intermédiaires qui ne pourraient ni se payer les assurances complémentaires ni bénéficier de maxima à facturer favorables.

Le maintien d'un système de santé équitable requiert que l'assurance obligatoire continue à couvrir l'essentiel des dépenses de santé. Les entreprises d'assurance privées n'ont en effet pas pour objectif de redistribuer entre ménages ayant des revenus différents ou présentant des risques de santé différents : une entreprise qui s'y aventurerait aurait vite fait de recueillir les plus faibles revenus et les plus mauvais risques (anti-sélection), ce qui la rendrait non-profitable. Des enquêtes d'opinion montrent qu'une large majorité de nos concitoyens souhaite maintenir équitable l'accès aux soins de santé et est prête à augmenter sa contribution pour qu'il en soit bien ainsi. Comme d'autres, je pense cependant que cette volonté ne pourra subsister dans le futur que si une large part des inefficiences caractérisant présentement notre système de santé sont éliminées. Des réformes sont nécessaires : elles nécessitent une prise de conscience des acteurs - au premier rang

<sup>1</sup> Le ticket modérateur d'une prestation est la partie du prix payé au prestataire qui est prise en charge par la patient (l'autre partie l'étant par l'assurance obligatoire). Comme son nom l'indique, il a pour objectif de modérer la consommation.

<sup>2</sup> Ce maximum à facturer est de 450 euros pour un revenu net imposable inférieur à 14000 euros et de 2500 euros pour un revenu supérieur à 51700 euros. L'intervention majorée bénéficiant à certaines catégories de la population (comme les VIPO : Veufs, Invalides, Pensionnés et Orphelins) ainsi que certaines mesures en faveur des malades chroniques poursuivent le même objectif.

<sup>3</sup> Il est difficile de trouver une autre motivation à l'introduction des tickets modérateurs forfaitarisés imposés aux patients hospitalisés.

desquels les professionnels de la santé et les patients eux-mêmes -, une réflexion approfondie sur les réformes possibles associant tous les acteurs, et aussi le courage politique de la part de nos gouvernants. Sans réformes significatives, notre système de santé évoluera progressivement vers un système dual, certaines catégories de soins n'étant plus accessibles qu'aux ménages les plus aisés.

## **2. Notre système de santé : peu d'incitations à la maîtrise des dépenses**

Leur histoire sociale et politique explique la grande diversité d'organisation et de financement qui caractérise aujourd'hui les systèmes de santé de l'UE. Dans notre pays, c'est la médecine libérale qui prévaut. A l'exception des hôpitaux publics qui sont cependant sujets aux mêmes réglementations et financements que les autres hôpitaux, les prestataires de soins sont privés. Leur liberté quant aux choix diagnostique et thérapeutique pour le traitement de leurs patients est quasi-totale (une rare exception concerne certains médicaments prescrits dont le remboursement est sujet à l'accord du médecin-conseil de la mutualité). De même, les patients sont libres quant au choix de leur médecin. Contrairement à d'autres pays de l'UE, en Belgique, l'accès au médecin spécialiste n'est pas conditionné à l'accord du médecin généraliste du patient. Toute proposition de réforme qui enfreindrait significativement cette liberté du médecin ou du patient n'aurait guère de chances d'être adoptée.

En Belgique, c'est la rémunération à l'acte des dispensateurs de soins qui prédomine largement. Une liste très détaillée des prestations médicales et paramédicales - la nomenclature INAMI - spécifie pour chaque prestation le prix payé au dispensateur, qui est fixé par les fameux accords médico-mutualistes. Ce principe de paiement à l'acte souffre peu d'exceptions dans notre pays : la biologie clinique et l'imagerie médicale dont les honoraires sont partiellement forfaitarisés en font partie (voir plus loin). La rémunération à l'acte est pourtant dénoncée dans la littérature scientifique comme pouvant conduire à un excès d'usage de certaines prestations par rapport à ce qu'une bonne pratique médicale nécessiterait. C'est particulièrement vrai là où l'offre est abondante comme en Belgique.

Sur le plan des incitations à la maîtrise des dépenses, deux autres éléments qui caractérisent présentement notre pays méritent d'être mentionnés. Primo, dans le cadre des accords institutionnels fédéralisant notre pays, les compétences en matière de prévention et de promotion de la santé ont été décentralisées au niveau des Communautés. Comme c'est principalement à des réductions de dépenses en soins curatifs bénéficiant à l'Etat fédéral et à la Sécurité sociale que conduisent les mesures prises et financées par les Communautés dans le cadre de ces compétences, celui qui paie pour ces mesures n'en est pas le bénéficiaire. Ceci ne fournit bien entendu pas aux Communautés les incitations appropriées à adopter les politiques optimales de prévention et de promotion à la santé. Il serait indiquer de ramener ces compétences au niveau fédéral. Secundo, une responsabilisation financière des organismes assureurs (mutualités et caisse auxiliaire) fut progressivement introduite il y a quelques années pour les inciter à réduire les dépenses occasionnées par leurs affiliés mais elle reste relativement limitée. Cependant, les organismes assureurs ne se sont pas vus accorder les moyens légaux de réaliser cet objectif. En l'absence d'une vision globale du système de santé, le rôle de cette responsabilité financière dans sa régulation n'a jamais été précisé très clairement.

Excepté pour les tickets modérateurs susceptibles d'influencer la demande des patients, on ne peut donc qu'être frappé par le manque d'incitations financières

qui puissent influencer directement le comportement des acteurs du système de santé dans le sens d'une maîtrise de ses coûts.

### 3. Des politiques de régulation économique souvent inefficaces

Le rapport Peers<sup>4</sup> évalue les mesures qui ont été prises depuis une vingtaine d'années pour maîtriser les dépenses de santé. A sa lecture, on ne peut échapper à la conclusion que beaucoup de ces mesures se sont montrées inefficaces. C'est le cas, par exemple, du contrôle a priori par les médecins-conseils des mutualités de la prescription de certains médicaments, qui concerne aujourd'hui un tiers des remboursements des médicaments. C'est un processus fort coûteux dans lequel les médecins-conseils ne disposent pas d'informations suffisantes sur les patients pour rejeter en connaissance de cause les demandes des médecins prescripteurs (ce qui explique le taux de rejet inférieur à 10 %). Il n'a pas empêché le montant remboursé des médicaments en cause d'augmenter très rapidement, ce qui contribue à faire de la Belgique un des pays où l'usage des médicaments est le plus élevé au monde.

Les organismes assureurs disposent dans notre pays de données très détaillées sur les profils de prescription et de prestation de tous les dispensateurs de soins. L'utilisation de cette information vise des objectifs multiples, comme l'évaluation des profils individuels des dispensateurs ou la réalisation de campagnes de sensibilisation auprès de ces dispensateurs. La campagne menée en 1992 sur la prescription de biologie clinique a eu un impact considérable car elle a permis de réduire les dépenses de quelque 4,5 milliards de francs en rationalisant les comportements de prescription. Ce résultat a apparemment été obtenu du fait que la campagne fut assortie de la menace de sanction pour les médecins ayant des volumes de prescription trop élevés. Les campagnes de sensibilisation ultérieures n'étaient plus assorties d'une telle menace et elles eurent un impact beaucoup moins important.

Il est à noter que les conclusions des commissions de profil qui examinent les comportements individuels de prescription et de prestation aboutissent très rarement à ce que le dispensateur de soins soit amené à s'expliquer et encore plus rarement à des sanctions. Parmi les bonnes et mauvaises raisons expliquant cet état de fait, il y avait à juste titre par le passé l'insuffisance d'informations sur les caractéristiques, et donc les besoins, de la patientèle du médecin individuel<sup>5</sup>. Le développement de diverses banques de données et leur fusion devraient remédier au moins en partie à cette lacune, ce qui devrait permettre de mieux réaliser les objectifs poursuivis par ces commissions. Une plus grande efficacité pousserait sans doute certains médecins à modifier leur comportement. Cependant, elle dépend de la volonté des professionnels de la santé faisant partie des organes concernés de réprimer les comportements anormaux.

Depuis une dizaine d'années, le budget global de l'assurance soins de santé obligatoire qui est décidé par le gouvernement fédéral doit en principe respecter une norme de croissance annuelle en termes réels, fixée initialement à 1,5 % et ensui-

<sup>4</sup> Peers, J., Gillet, P., Hermesse, J. et C. Polus. Les soins de santé en Belgique : défis et opportunités. *Rapport au Ministre des Affaires Sociales*, 1999. Ce rapport contient de nombreuses données et réflexions intéressantes dont nous nous sommes inspirés pour l'écriture de certaines parties de cet article.

<sup>5</sup> Rapporter les volumes de prescription d'un médecin au nombre de ses consultations et visites n'est pas adéquat pour déterminer s'il prescrit trop. Il faut plutôt rapporter ses volumes de prescription au nombre de ses patients en tenant également compte, si possible, de leurs caractéristiques socio-démographiques. Ces données n'étaient pas disponibles.

**... Des politiques de régulation économique souvent inefficaces**

te à 2,5 %. Cette norme a été largement dépassée au cours des dernières années. Une fois que le budget global a été décidé, il appartient au Conseil général de l'INAMI de le répartir entre les secteurs de soins et ensuite à une commission propre à chaque secteur d'examiner les mesures à prendre pour respecter les enveloppes allouées. Ces mesures ont en général porté sur une adaptation des tarifs de la nomenclature et fort peu sur une réduction des volumes. En conséquence, les déremboursements et les réductions tarifaires ont généralement été compensés, dans les faits, par une augmentation des volumes ou par une substitution par des actes plus rentables : certaines enveloppes ne furent pas respectées, ce qui suivant la loi devrait entraîner une correction sous forme d'une réduction linéaire des tarifs. En mettant en cause le calcul des dépassements, les commissions ont en général refusé d'appliquer le mécanisme de correction. La décision prise par le Ministre Vanbenbroucke en 2001 d'appliquer temporairement une réduction linéaire des tarifs en biologie clinique, imagerie médicale et dialyse a provoqué une grève des médecins hospitaliers.

On a tenté à plusieurs reprises de réduire l'augmentation des dépenses en diminuant, le plus souvent de manière linéaire, les prix de certaines catégories d'actes. La conséquence en fut généralement une croissance des volumes permettant aux prestataires de maintenir le niveau de leurs revenus. Cette réaction atypique est liée au fait que les professionnels de la santé ont le pouvoir de créer leur propre demande "supply-induced-demand", un pouvoir dont certains d'entre eux font usage particulièrement lorsque l'offre est abondante. Pour contrôler les volumes de prestations, des mesures ont également été prises pour limiter les offres : lits d'hôpitaux, équipements lourds, laboratoires de biologie clinique, pharmacies, ..., et plus récemment le nombre de médecins par le *numerus clausus*. En comparaison à d'autres pays, notre offre de soins reste cependant abondante. C'est en particulier vrai pour les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les scanners dont la Belgique est largement la mieux pourvue au sein de l'UE. Il aurait été indiqué d'accompagner l'augmentation des appareils d'IRM par une réduction du nombre des scanners, ce qui ne fut pas le cas.

**4. Une stratégie d'évaluation de la qualité à développer à tous les niveaux**

La médecine dans notre pays est sans doute d'une indéniable qualité, ce qui s'explique au moins en partie par le niveau élevé des ressources disponibles. Le rapport Peers nous met cependant en garde : ce constat ne doit pas occulter la nécessité d'un débat sur l'écart possible entre la performance atteinte et celle qui pourrait l'être aux plans préventif, diagnostique et thérapeutique par une autre utilisation des ressources disponibles, sur le fait que les zones d'excellence coexistent sans doute avec des zones de médiocrité, et sur les forces et faiblesses qui caractérisent les divers maillons de notre système de santé en comparaison de pays similaires. Une culture d'évaluation s'impose, et il faut lui donner les moyens de se développer.

Cette nécessaire évaluation concerne en premier lieu les pratiques médicales. L'évolution des connaissances médicales rend aujourd'hui indispensables une évaluation critique des processus de soins utilisés sur base de la littérature scientifique ("evidence based medicine") et le recours à des méthodes d'aide à la décision tels que les protocoles de soins standardisés ("guide lines") par les professionnels de la santé. L'évaluation par les pairs des pratiques utilisées ("peer review") est l'objectif des Groupes Locaux d'Evaluation Médicale (GLEM), lancés en 1996. Entre autres conditions (seuil d'activité minimal, tenue d'un dossier médical par patient ...), la participation à un GLEM est nécessaire pour l'accréditation d'un médecin, qui fut introduite en 1995 pour promouvoir la qualité de soins. Cette accréditation a été encouragée par des augmentations d'honoraires

**... Une stratégie d'évaluation de la qualité à développer...**

octroyées aux médecins accrédités et des réductions de tickets modérateurs à leurs patients.

D'autres mesures ont été récemment développées pour améliorer la qualité des soins, et elles méritent d'être renforcées. Elles devraient en particulier porter sur l'élimination progressive des services lourds dont le taux d'activité (nombre de patients traités par an) n'atteint pas le niveau critique garantissant une qualité satisfaisante en termes de résultats pour les patients. La littérature scientifique montre en effet que les résultats obtenus par les équipes médicales sont corrélés positivement à l'expertise qu'elles ont accumulée. Dans certains domaines, notre système de santé souffre d'un trop grand éparpillement des unités. C'est par exemple le cas des unités de chirurgie cardiaque qui se sont multipliées par le passé : certaines de ces unités ne réalisent pas aujourd'hui un nombre suffisant de pontages coronariens pour garantir une qualité des soins satisfaisante à leurs patients. Ici comme ailleurs dans notre système de santé, des intérêts particuliers - défendus souvent par des élus locaux - ont empêché de nécessaires restructurations. Plus généralement, les services lourds dont les résultats pour leurs patients ne sont pas satisfaisants devraient se voir retirer leur agrément après une période de probation appropriée.

**5. Quel bilan tirer des mesures prises dans le passé ?  
Quel enseignement en tirer pour le futur ?**

Les mesures prises depuis une vingtaine d'années l'ont été le plus souvent au coup par coup pour colmater des brèches apparaissant à divers endroits de notre système de santé : il y manque une vision à long terme sur les objectifs à atteindre et les priorités à mettre en avant de même qu'une vision d'ensemble reconnaissant les interactions entre les divers secteurs du système de santé. Par exemple, trop peu d'attention est donnée aux rôles respectifs des médecines préventive et curative. Il en est de même pour les actes intellectuels (consultations et visites des médecins) et les actes médico-techniques (examens diagnostiques et traitement) : leur financement a avantagé les seconds au dépens des premiers. Pourtant le temps passé par le médecin pour interroger et examiner son patient (anamnèse) est crucial pour concilier qualité des soins et usage efficace des ressources.

Une illustration des dangers causés par l'insuffisance de vision d'ensemble est fournie par l'introduction du *numerus clausus*. Le propos n'est pas ici de remettre en cause cette mesure<sup>6</sup> : le nombre de médecins par habitant (spécialement en Communauté française) dépasse actuellement largement le nombre observé dans les pays industrialisés comparables. Cependant, l'introduction du *numerus clausus* n'a pas été accompagnée des mesures qui auraient permis d'assurer une transition en douceur. Par exemple, une limitation du nombre de chirurgiens cardiaques plus restrictive que par le passé risque fort de faire flamber leurs rémunérations (notamment sous forme de suppléments d'honoraire) du fait que le nombre d'hôpitaux pratiquant la chirurgie cardiaque n'aura pas été simultanément réduit : la demande pour ces chirurgiens excédera leur offre.

La politique passée a été principalement axée sur la maîtrise des dépenses et n'a pas suffisamment prêté attention à la qualité des soins. Certaines mesures récentes tendent à y remédier. Contrairement à ce que certains professionnels de la

<sup>6</sup> Voir à ce sujet, Marchand M. et P. Pestieau. Le *numerus clausus* en médecine: pourquoi et comment ? *Reflets et Perspectives de la Vie Économique*. 42(1), 2003. Dans cet article, nous défendons le principe de l'introduction du *numerus clausus* tout en mettant en garde contre la fixation de quotas trop restrictifs.



santé souhaiteraient, il est difficile de dissocier la recherche d'une meilleure qualité des soins de celle d'une utilisation plus efficace des ressources. Sans doute la santé n'a-t-elle pas de prix, mais les soins de santé ont certainement un coût.

## **6. Les soins ambulatoires : introduire un échelonnement facultatif des soins avec incitations financières au patient**

A l'instar des actes intellectuels par rapport aux actes techniques, la médecine générale a vu son rôle réduit par rapport à la médecine spécialisée. Le rôle pivot de la médecine de première ligne devrait être revalorisé. L'introduction du dossier médical global (DMG) tenu par le médecin généraliste répond à cet objectif. En fidélisant le patient à un médecin de référence, la gestion des procédures diagnostiques et thérapeutiques devrait être plus efficace en supprimant les redondances liées au shopping médical de certains patients. Idéalement les informations contenues dans le dossier médical d'un patient devraient être mises systématiquement à la disposition des médecins spécialistes consultés par le patient, ce que faciliterait le développement du dossier médical informatisé.

Cependant, le rôle pivot de la médecine générale ne pourra être pleinement valorisé que si l'échelonnement des soins est pratiqué. Celui-ci consisterait à faire dépendre le recours au médecin spécialiste<sup>7</sup> à l'approbation du médecin généraliste qui tient le DMG du patient : il devrait éviter les recours inutiles à la médecine spécialisée très coûteuse pour l'assurance soins de santé (actuellement 70 % des consultations de spécialistes se font spontanément sans la référence d'un généraliste). La liberté du patient étant un principe sacro-saint dans notre pays, cet échelonnement de soins devrait pour nous être introduit de manière facultative comme c'est le cas pour le DMG. Afin de l'encourager, les tickets modérateurs supportés par nos concitoyens choisissant cette option devraient être réduits de manière substantielle. Le patient a lui aussi besoin d'être responsabilisé au moyen d'incitations financières appropriées.

Parallèlement, la promotion de la qualité de la médecine et de l'économie des ressources doit être poursuivie en informant les médecins de leurs profils de prescription et de prestation comparés à ceux de leurs collègues, y compris pour les médicaments dont les médecins généralistes prescrivent quelque 80 % des volumes prescrits en ambulatoire. Cette comparaison n'est cependant pertinente que si les caractéristiques, et donc les besoins, de leur patientèle sont cernés de manière suffisamment précise, ce que devrait rendre possible le développement et la fusion des banques de données disponibles. En s'appuyant sur ces comparaisons, les discussions au sein des GLEM doivent faciliter les changements de pratiques médicales.

## **7. Soins hospitaliers : un système complexe d'agrément et de financement**

Le financement des soins hospitaliers provient, principalement et en parts presque égales, de deux sources : d'une part, le budget "prix de journée" qui doit en principe couvrir les frais des unités de soins (hôtellerie, soins infirmiers, ...) et d'autre part, les honoraires qui doivent à la fois rémunérer la partie intellectuelle (temps du médecin) des actes médico-techniques et couvrir les coûts de leur partie technique (amortissement des équipements, personnel technique, ...). Nous revenons plus en détail sur ces deux sources de financement par la suite. Par ailleurs, la plus grande partie des médicaments délivrés aux patients hospitalisés

<sup>7</sup> La question de savoir si toutes les spécialités médicales doivent être incluses dans l'échelonnement des soins doit être discutée. Par exemple, faut-il inclure ou non la gynécologie et l'ophtalmologie ?

**... Soins hospitaliers : un système complexe...**

est directement remboursée par l'INAMI, un financement qui a augmenté considérablement au cours des dernières années.

Comme dans les autres pays industrialisés, la préoccupation majeure est aujourd'hui de lier le financement des hôpitaux aux pathologies traitées et aussi aux caractéristiques socio-économiques de leurs patients susceptibles d'influencer leurs durées de séjours. Pour ce faire, les hôpitaux sont depuis 1994 tenus de transmettre au Ministère compétent un résumé clinique minimum (RCM) pour chaque patient admis. Ce résumé permet de classer dans un groupe homogène de malades spécifique (APR-DRG en anglais) chaque patient hospitalisé dans un hôpital et d'ainsi déterminer le "case mix" de l'hôpital, c'est-à-dire la répartition de ses patients entre les groupes homogènes de malades<sup>8</sup>. Ceci évite que certains hôpitaux ne prétendent traiter des malades plus lourds qu'ils ne le sont en réalité pour réclamer des moyens supplémentaires.

Au niveau de l'agrément dont le but est de s'assurer que les services hospitaliers satisfassent certaines normes garantissant la qualité des soins, s'est progressivement développé le concept de services lourds dans lesquels des groupes homogènes de patients sont traités. La nature des soins étant connue, l'octroi de l'agrément est conditionné au respect de critères relatifs à l'organisation et à l'équipement des services, aux processus de soins utilisés, à des taux minimaux d'activité et, espère-t-on dans un proche futur, aux résultats des traitements pour les patients.

**8. Le prix de journée : remédier au sous-financement du budget créateur de tensions entre gestionnaires et médecins**

Jusqu'à récemment, la fixation du budget "prix de journée" octroyé à un hôpital était extrêmement complexe, au point que les gestionnaires étaient généralement incapables d'estimer avec la moindre précision si un changement de comportement serait bénéfique ou non à leur hôpital. Ceci était en particulier dû, d'une part, aux quotas de journées fixés sur base du nombre de lits de l'hôpital dont le dépassement entraînait le non-remboursement des journées en excédent et, d'autre part, aux hospitalisations de jour remboursées séparément et forfaitairement qui, si elles étaient insuffisantes, entraînaient des pénalités financières pour l'hôpital.

Cette complexité a été, au moins en partie, éliminée par l'introduction d'un nouveau système de financement en juillet 2002<sup>9</sup>. Il s'appuie sur la notion de journée justifiée : grosso modo, le nombre de journées justifiées d'un hôpital dépendra de son nombre d'admissions et de son "case mix", la durée de séjour justifiée d'un patient étant fixée égale à la durée moyenne observée au niveau national pour le groupe homogène de malades dans lequel le patient est classifié. Le nombre de journées effectivement remboursées<sup>10</sup> pourra s'écarter de ce nombre de journées justifiées. Lorsque le nouveau système aura été intégralement mis en place, le nombre de journées remboursées sera, en effet, égal à une moyenne pondérée des nombres de journées justifiées et réelles avec des poids respectivement égaux à 0,75 et 0,25. Ceci revient à une forfaitarisation partielle du budget "prix

<sup>8</sup> Cette méthode de classification des malades hospitalisés (APR-DRG) est aujourd'hui très largement utilisée de par le monde, et elle fait l'objet d'améliorations continues destinées à mieux cerner la gravité des affections dont souffrent les malades. La codification par les hôpitaux des données du RCM doit cependant être contrôlée par le ministère compétent pour éviter qu'ils ne les manipulent afin de faire passer leurs patients comme plus lourds à traiter qu'ils ne le sont en réalité.

<sup>9</sup> Voir à ce sujet : Carton, J. La réforme du financement des hôpitaux: la notion d'activité justifiée. *Reflets et Perspectives de la Vie Économique*. 42(1), 2003.

<sup>10</sup> Diverses exceptions sont prévues. En particulier les séjours très courts ou très longs seront traités séparément.



### ... Le prix de journée...

de journée”. Pour les raisons indiquées plus loin pour justifier la forfaitarisation *partielle* des honoraires hospitaliers, il faudrait éviter d’adopter une forfaitarisation complète, ce qui reviendrait à ne rembourser que les journées justifiées. On peut reprocher au nouveau système de financement de ne pas prendre en compte de manière appropriée les facteurs sociaux propres aux patients d’un hôpital affectant leurs durées de séjour et leurs possibilités de recours à l’hospitalisation de jour.<sup>11</sup> Par exemple, des personnes socialement isolées ont des durées de séjour plus longues et l’hospitalisation de jour est moins indiquée pour elles. Seuls vingt hôpitaux se verront reconnaître des moyens supplémentaires pour traiter des patients au profil socio-économique défavorisé. Il aurait été préférable d’associer à chaque hôpital un indice reflétant les caractéristiques socio-économiques de sa patientèle et de lier à cet indice son nombre de journées justifiées. Faute de quoi, on peut craindre qu’une sélection ou écrémage des risques ne se développe : en dehors des vingt hôpitaux disposant de moyens supplémentaires, la tentation sera grande pour les gestionnaires et médecins de refuser l’admission à des patients qui affecteraient négativement leurs résultats financiers du fait de leurs caractéristiques sociales.

Le nouveau système de financement ne remédie cependant pas au fait que le budget alloué au “prix de journée” au sein de l’INAMI est depuis quelques années insuffisant. Certains hôpitaux réagissent à ce sous-financement en multipliant les actes techniques. C’est totalement malsain : on sous-finance d’un côté pour créer des inefficiences d’un autre en induisant ces hôpitaux à réaliser des actes techniques inutiles pour combler le déficit du prix de journée. De plus, cette situation attise les tensions entre gestionnaires qui doivent assurer l’équilibre du budget “prix de journée” et les médecins auxquels il est demandé dans beaucoup d’hôpitaux de combler le déficit. Cela donne à certains de ceux-ci un prétexte pour augmenter leurs suppléments d’honoraires et d’hospitalisation. Par ce biais, le sous-financement du prix de journée se traduit donc par une augmentation de l’intervention personnelle du patient.

## 9. Honoraires et médicaments dans les hôpitaux : la forfaitarisation partielle à généraliser d’urgence

Les choix des processus diagnostiques et thérapeutiques par les médecins ne peuvent ignorer les dépenses qu’ils entraînent pour le système de santé. Il n’est pas nécessaire d’être économiste pour comprendre que la rémunération à l’acte pure n’incite guère le médecin à prendre ces dépenses en compte dans les décisions qu’il prend pour ses patients. C’est plutôt le contraire. La réalisation de nombreux examens et traitements est en effet caractérisée par des coûts fixes importants qui ne varient pas avec le nombre d’actes réalisés (amortissement, personnel technique, ...). Comme les honoraires à l’acte doivent couvrir à la fois les parties fixes et variables des coûts, ils peuvent être très supérieurs aux coûts variables qu’entraînent des actes supplémentaires. Si un hôpital veut améliorer ses résultats financiers, la rémunération à l’acte pure l’incite donc à faire tourner les machines en réalisant des examens et traitements superflus. Pour cette raison et d’autres, il y a aujourd’hui un consensus dans la littérature scientifique pour préconiser des systèmes de remboursement mixtes, comprenant une partie fixe et une partie à l’acte, ce que nous appelons une forfaitarisation partielle.

La forfaitarisation partielle est depuis 15 ans d’application pour la biologie cli-

<sup>11</sup> Voir à ce sujet: Closon, M.C. et J. Perelman. L’impact des facteurs sociaux sur les dépenses de santé: comment éviter que la recherche de l’efficience ne se fasse au détriment de l’équité et de l’accessibilité aux soins ? *Reflets et Perspectives de la Vie Économique*. 42(1), 2003.

... *Honoraires et médicaments...*

nique et plus récemment pour l'imagerie médicale. Par exemple, environ 80 % des honoraires de biologie clinique sont payés sous forme de forfaits par admission et journée liés au "case mix" de l'hôpital, les autres 20 % l'étant à l'acte. Nous préconisons qu'une forfaitarisation partielle soit étendue à l'ensemble des honoraires des prestations délivrées aux patients hospitalisés et qu'il en soit de même pour les médicaments remboursés par l'INAMI. Pour ces derniers, une forfaitarisation du financement est déjà en application pour les antibiotiques prescrits préventivement dans le cadre d'interventions chirurgicales. Par ailleurs, comme indiqué ci-dessus, le budget "prix de journée" est aussi partiellement forfaitarisé, et ceci depuis une quinzaine d'années suivant des modalités ayant évolué dans le temps.

L'objectif de la forfaitarisation est d'inciter les médecins à choisir les pratiques médicales les plus efficaces possible, c'est-à-dire celles qui utilisent au mieux les ressources pour atteindre la meilleure qualité possible des soins pour l'ensemble de leurs patients. Cependant, certaines précautions doivent être prises pour éviter certains des problèmes qui se sont posés dans des expériences étrangères de forfaitarisation complète. Le premier de ces problèmes concerne la sélection ou écrémage des risques : certains hôpitaux peuvent être tentés d'orienter vers d'autres institutions des patients qu'ils prévoient être coûteux à traiter. L'affinement continu des méthodes de classification des patients permet d'atténuer cet écueil. Secundo, certains hôpitaux pourraient hospitaliser certains malades qu'il aurait été plus approprié de traiter en ambulatoire ; d'autres pourraient scinder les séjours de certains patients pour bénéficier du forfait à l'admission. Pour éviter ce deuxième problème, un contrôle des admissions et des réadmissions est nécessaire. Tertio, un financement trop forfaitarisé du budget "prix de journée" peut conduire les hôpitaux à faire sortir leurs patients trop rapidement en les confiant à d'autres formes de soins (maisons de repos et de soins, soins à domicile, ...) dont les coûts s'en trouvent augmentés. Enfin, certains hôpitaux pourraient diminuer leurs prestations par patient au point de mettre en danger la qualité des soins. Le contrôle de la qualité des soins et la concurrence entre hôpitaux devraient concourir à réduire ce danger.

Cependant, l'ensemble de ces problèmes peuvent être largement atténués en adoptant une forfaitarisation partielle plutôt que complète. Nous recommandons donc que la proportion des honoraires qui reste remboursée à l'acte soit de l'ordre de 30 % à 40 %. Comme c'est généralement le cas dans les paiements forfaitarisés, un financement séparé doit être bien entendu prévu pour les malades ayant occasionné des dépenses atypiques ("outliers").

Aucune mesure n'est sans défaut et, au vu de sa complexité, ceci se vérifie dans le système de santé plus qu'ailleurs. Le statu quo de la rémunération à l'acte pure n'est certainement pas la solution optimale. En combinant la rémunération à l'acte à la forfaitarisation, l'objectif est de tirer le meilleur parti des avantages respectifs de ces deux modes de paiement tout en évitant leurs inconvénients majeurs. Une plus grande attention portée à l'usage efficace des ressources dans le choix des pratiques médicales induira de profonds changements dans les comportements tant des médecins que des gestionnaires, ceci au bénéfice d'une meilleure prise en charge des patients. Ces indispensables changements doivent s'appuyer sur le développement au sein de chaque hôpital d'une culture d'évaluation. Cela doit être facilité par la mise à disposition des hôpitaux d'informations comparant leurs pratiques médicales et leurs profils de consommation. C'est un des objectifs du *Centre d'expertise pour les soins de santé*, dont la création est annoncée, de fournir ces informations qui doivent également alimenter les discussions au sein des GLEM.

## **10. Rendre transparent le processus de choix des priorités en créant une Commission permanente appropriée**

L'état des connaissances médicales permet aujourd'hui de guérir des maladies qu'il aurait été impensable de traiter efficacement il y a quelques années. Et ceci sera encore plus vrai dans le futur avec le développement accéléré de nouveaux traitements et médicaments. Cela impose de faire continuellement des choix pour allouer des ressources rares entre de nouveaux besoins concurrents. En Belgique comme dans la plupart des pays étrangers, ces choix sont chaque jour posés de manière implicite sans que ne soient publiquement débattues les priorités à mettre en avant. Il en est ainsi, par exemple, lorsque des moyens supplémentaires sont consacrés à l'utilisation de techniques de pointe en chirurgie cardiaque et que, dans le même temps, des moyens insuffisants sont accordés aux services de gériatrie. Ce sont souvent les droits acquis, les intérêts particuliers ... qui dictent le choix des priorités. En s'en remettant à des choix implicites beaucoup de pays acceptent ainsi que se développe subrepticement une médecine duale où les ménages les plus aisés peuvent accéder aux meilleurs soins et les autres doivent se satisfaire des soins de base.

Rendre plus transparent dans notre pays le processus par lequel les priorités en soins de santé sont établies paraît aujourd'hui indispensable. Cela nécessite d'explicitier les valeurs sociales et les principes éthiques qui doivent, en cette matière, guider nos choix de société : justice sociale, solidarité, autonomie et dignité des personnes ... et de montrer comment les traduire en terme de priorités dans les soins de santé. Comme le Rapport Peers le recommande, nous pensons que la décision politique doit être prise de lancer un processus transparent d'établissement des priorités en soins de santé et de nommer une commission permanente chargée d'accompagner ce processus en émettant des recommandations qui seraient largement diffusées auprès des professionnels de la santé, du public et des politiques. Cette commission serait composée des professionnels de la santé, de représentants des patients, de philosophes, d'experts médicaux indépendants, de politiques, ... Pour établir correctement les priorités, une culture globale d'évaluation doit simultanément se développer pour estimer les coûts des politiques alternatives et leurs bénéfices en termes de qualité de vie pour les patients et ainsi aider les décideurs politiques dans leurs choix.

## **11. En guise de conclusion : lier désormais tout accroissement substantiel des ressources à des réformes améliorant l'efficience de notre système de santé**

Il ne fait aucun doute que le volume des ressources utilisées dans notre système de santé continuera à augmenter dans le futur si l'objectif reste de mettre à la disposition de l'ensemble de la population les nouveaux traitements et médicaments sans trop de délai. Prétendre le contraire serait mentir à nos concitoyens. Dans le même temps, il faut pouvoir, par des choix de priorités appropriés, préserver un accès équitable aux soins de santé et une qualité de soins qui soit la meilleure possible. Les soins de santé sont en effet perçus, au même titre que l'éducation, comme une sorte de bien primaire dont tout individu doit pouvoir disposer. Nous pensons cependant que la volonté de nos concitoyens d'augmenter leur contribution à l'assurance obligatoire, et d'ainsi maintenir cette équité dans l'accès aux soins, dépendra dans le futur de l'élimination des inefficiences et gaspillages qui caractérisent encore notre système de santé. Ceux-ci sont, en particulier, causés par la multiplication des actes techniques tant en milieu ambulatoire qu'hospitalier. D'une part, trop d'actes techniques sont réalisés sans qu'ils soient réellement utiles aux patients et d'autre part, les mêmes actes diagnostiqués peuvent être réalisés plusieurs fois lorsqu'un patient s'adresse successivement à plusieurs prestataires.

Trop souvent les propositions de réformes se heurtent à l'opposition de certains professionnels de la santé qui défendent des intérêts particuliers, parfois en utilisant des arguments qui ne sont pas fondés mais se vendent bien auprès du public.

**... En guise de conclusion...**

Nous pensons que le prochain gouvernement devrait avoir le courage politique de n'accorder des augmentations substantielles de moyens budgétaires aux soins de santé qu'à condition que soient mises en place des réformes améliorant significativement l'efficacité de notre système de santé.

Entre autres réformes, deux mesures importantes nous semblent devoir être mises en œuvre rapidement. D'une part, il s'agit de l'échelonnement des soins qui devrait être introduit de manière optionnelle : les patients qui accepteraient de ne consulter un spécialiste que sur l'avis de leur médecin généraliste bénéficieraient de réductions substantielles de leurs tickets modérateurs. D'autre part, la forfaitisation partielle, combinant un remboursement fixe modulé suivant les pathologies avec une rémunération à l'acte, devrait être généralisée à la totalité des honoraires des médecins hospitaliers ; la même mesure devrait s'appliquer aux médicaments délivrés aux patients hospitalisés.

---

*Maurice Marchand est professeur  
d'économie publique à l'UCL  
et chercheur au CORE-UCL.*

*Maurice Marchand*

---

Directeur de la publication :  
*Vincent Bodart*  
Rédactrice en chef :  
*Muriel Dejemeppe*  
Comité de rédaction : *Paul Belleflamme,*  
*Vincent Bodart, Raouf Boucekkine,*  
*Isabelle Cassiers, Muriel Dejemeppe,*  
*Jean Hindriks, Vincent Vandenberghe,*  
*Vincent Vannetelbosch*  
Secrétariat : *Anne Davister,*  
*Yolande de Ryckel*  
Graphiste : *Dominos*

**Regards Économiques** a le soutien financier de la Fondation Louvain.

**Regards Économiques**  
IRES-UCL  
Place Montesquieu, 3  
B1348 Louvain-la-Neuve  
site Web: <http://regards.ires.ucl.ac.be>  
mail: [regards@ires.ucl.ac.be](mailto:regards@ires.ucl.ac.be)  
tél. 010/47 41 46 ou 010/47 34 26